

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA LA ANTIGUA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

TESIS DE LICENCIATURA

**“EXPERIENCIAS CASI PSICÓTICAS EN UNA MUESTRA NO CLÍNICA  
EN PANAMÁ”**

ELABORADO POR:

REBECA ABOUGANEM

DIRECTOR PONENTE:

DRA. ANILENA MEJÍA

PANAMÁ  
2018



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons  
Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

doi del documento  
<https://doi.org/10.37387/speiro.tl.578>

## AGRADECIMIENTOS

Los agradecimientos están para reconocer a aquellos que han hecho que el proceso de la carrera y tesis se diera con facilidad debido a su apoyo y ejemplos.

A mis padres por apoyarme en todo momento, tanto a lo largo de mi carrera como en el proceso de mi trabado de grado

A la Dra. Anilena Mejía, mi directora de tesis, por motivarme, por su confianza, por sus innumerables revisiones y reuniones. En definitiva, esta investigación no lo hubiera podido hacer sin su ayuda.

A las Mgtr. Daniella Emiliani, Dra. Sarit Grossman y Mgtr. Tamara Zebede por su ayuda con bibliografías con las que realicé mi revisión de la literatura dentro del marco teórico.

A los profesores de la Universidad Santa María la Antigua que me mostraron su apoyo y motivación a lo largo de la carrera, en especial a las profesoras Mgtr. María Fernanda Richa y Mgtr. Itzel Sayavedra.

# ÍNDICE GENERAL

	<b>Página</b>
Hoja de aprobación por parte de comité.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Índice general.....	iv
Índice de tablas.....	vi
Índice de gráficas.....	vii
Extracto.....	viii
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1 - 10</b>
A. Planteamiento del problema.....	3
B. Justificación.....	7
C. Objetivos.....	7
1. Objetivo general.....	7
2. Objetivos específicos.....	7
D. Hipótesis y preguntas.....	8
E. Limitación y delimitación.....	9
<b>II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>11 - 31</b>
A. Salud Mental.....	12
1. Prevalencia en trastornos psiquiátricos.....	16
2. Tratamiento de los trastornos psiquiátricos.....	16
B. Psicosis.....	17
1. Trastorno delirante.....	23
2. Trastorno psicótico breve.....	23
3. Trastorno esquizofreniforme.....	24
4. Esquizofrenia.....	24
5. Trastorno esquizoafectivo.....	25
6. Síndrome de psicosis atenuado.....	26
7. Terapia para las psicosis.....	26
8. Terapia cognitivo conductual.....	27
9. Terapia de grupo.....	28
10. Trabajo con la familia.....	29
C. Experiencias Casi Psicóticas.....	29
<b>III. METODOLOGÍA.....</b>	<b>33 - 46</b>
A. Tipo de Estudio.....	34
B. Población y muestra.....	34
C. Variables.....	34
1. Experiencias Casi Psicóticas.....	34
- Experiencias Bizarrras.....	35

- Ideas Persecutorias.....	35
- Anormalidades Perceptuales.....	36
- Pensamiento Mágico.....	36
2. Salud Mental.....	36
- Síntomas Somáticos.....	37
- Ansiedad e Insomnio.....	37
- Depresión.....	38
- Difusión Social.....	39
D. Técnica de Recolección de Datos.....	39
1. Descripción de los Instrumentos.....	40
- CAPE.....	40
- GHQ-28.....	41
E. Análisis Estadístico.....	42
F. Seguimiento.....	43
G. Procedimiento ético.....	44
<b>IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>48 - 59</b>
A. Resultados Preliminares.....	49
1. Sociodemográfico.....	49
B. Resultados Descriptivos.....	54
1. Prevalencia de Experiencias Casi Psicóticas.....	54
C. Resultados Inferenciales.....	58
1. Correlación entre Síntomas Somáticos y Experiencias Casi Psicóticas.....	58
2. Correlación entre Ansiedad e Insomnio y Experiencias Casi Psicóticas.....	58
3. Correlación entre Disfunción Social y Experiencias Casi Psicóticas.....	58
4. Correlación entre Depresión y Experiencias Casi Psicóticas.....	58
5. Correlación entre características socio- demográficas y Experiencias Casi Psicóticas.....	59
<b>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>60 - 65</b>
A. Conclusiones.....	61
B. Recomendaciones.....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66 - 71
APÉNDICES.....	72 - 90

# ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Página</b>
A. Características socio-demográficas de la muestra.....	49
B. Resultados CAPE.....	54
C. Tabla de correlación R de Pearson.....	59

# ÍNDICE DE GRÁFICAS

## Página

A. Sexo de la Muestra.....	50
B. Estado Civil de la Muestra .....	51
C. Ingreso Mensual de la Muestra.....	52
D. Nivel de Estudio de la Muestra.....	53
E. Prevalencia de Pensamiento Mágico.....	56
F. Prevalencia de Experiencias Bizarras.....	56
G. Prevalencia de Desviaciones Perceptuales.....	57
H. Prevalencia de Ideaciones Persecutorias.....	57

## **EXTRACTO**

Este estudio pretende explorar la prevalencia de “experiencias casi psicóticas” en una población no clínica en Panamá y establecer cuál es su relación con la salud mental actual de los participantes. En el estudio participaron 324 jóvenes adultos entre los 18 y 30 años en Panamá.

Es un estudio descriptivo transversal de tipo correlacional donde por medio de las redes sociales se aplicaron dos pruebas: el Community Assesment of Psychotic Experiences (CAPE) con el fin de medir las experiencias psicóticas y el General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) con el fin de medir la salud mental actual del participante. Se calcularon índices de correlación  $r$  de Pearson para establecer el nivel de correlación entre las variables. Las mismas indican que hay una correlación de las “experiencias casi psicóticas” con la salud mental actual, siendo la correlación más alta con la depresión.

Dentro de las variables sociodemográficas, se encontró una alta correlación entre el ingreso mensual y las experiencias casi psicóticas, estando el bajo ingreso mensual del hogar menor de \$400.00 asociado a mayor reporte de “experiencias casi psicóticas”. Se ofrecen recomendaciones en la investigación para futuros estudios en el tema.

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUCCIÓN**



La psicosis es un trastorno mental de origen orgánico o emocional. Las personas que pasan por 'experiencias casi psicóticas', lo pasan transitoriamente en momentos de estrés, ansiedad o depresión. Estas experiencias representan alteraciones de la percepción, pensamiento, estados de ánimo, conducta y cierta pérdida del sentido de la realidad. Estas personas tienden a experimentar aparición de alucinaciones, ya sean visuales, auditivas u olfatorias, delirios de ideas y pensamientos, suspicacia donde se piensa que algunas noticias o inclusive conversaciones son de ellos. Las 'experiencias casi psicóticas' aumentan el riesgo de desarrollar una esquizofrenia o cualquier otro trastorno psicótico permanente.

El presente estudio pretende explorar la prevalencia de 'experiencias casi psicóticas' en una muestra de adultos jóvenes panameños y establecer su relación con la salud mental actual.

El primer capítulo en este estudio comprende la introducción de la investigación, resumiendo los puntos de más relevancia dentro de la investigación, como lo es el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos, la hipótesis y preguntas de investigación y las limitaciones y delimitaciones que se encontraron a lo largo de la investigación.

En el segundo capítulo se presenta la revisión bibliográfica, donde mediante distintas bibliografías se resume la suficiente información sobre los temas a investigar.

En el tercer capítulo se presenta la metodología, donde se explica la población, el tipo de estudio, los análisis estadísticos y en sí, cómo se realizó la investigación.

Los siguientes capítulos recaen en los resultados y la conclusión de la investigación. Los resultados permitirán revelar si las 'experiencias casi psicóticas' tienen relación con la salud mental actual de los participantes.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El término psicosis fue introducido por Ernst von Feuchtersleben (1806-1849) en su obra Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde. Para él, la psicosis es fundamentalmente una confusión entre el mundo interno y el externo, que es, en sí misma, la idea de la alteración o el trastorno de la relación entre la mente y el cuerpo (Roca, 2010). Psicosis es sinónimo y paradigma de enfermedad mental y siempre están precedidas y acompañadas por una alteración de la imaginación. Por debajo de la imaginación, encontramos enfermedades de los nervios que son

enfermedades puramente corporales, mientras que por encima de la imaginación se hayan las alteraciones del pensamiento, los sentimientos y la voluntad (Roca, 2010). Este trastorno está caracterizado a menudo por conductas regresivas, humor inapropiado, disminución del control de los impulsos y presencia de contenidos mentales anormales como delirios y alucinaciones. El término es aplicable a situaciones que presentan un amplio rango de gravedad y duración (American Psychiatric Association, 1988).

Hoy en día, a nivel mundial, la psicosis afecta a 21 millones personas, entre estos, 12 millones de hombres y 9 millones de mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2017). En Panamá, en el año 2007 se hizo una encuesta nacional sobre la salud y la calidad de vida, donde se encontró que un 5.3% de la población sufría de depresión. Seguido a eso, en el año 2010 se realizaron 39,493 consultas ambulatorias donde 54.3% fueron mujeres y uno de los primeros diagnósticos fue la esquizofrenia (Ministerio de Salud de Panamá, 2013). Las personas que pasan por 'experiencias casi psicóticas', lo pasan transitoriamente en momentos de estrés, ansiedad o depresión (Yung et al., 2009). Estas experiencias se definen como alteraciones de la percepción, pensamiento, estados de ánimo, conducta y cierta pérdida del sentido de la realidad, sin llegar a un cuadro psicótico

completo. Estas personas tienden a experimentar aparición de alucinaciones, ya sean visuales, auditivas u olfatorias, delirios de ideas y pensamientos, y suspicacia donde se piensa que algunas noticias o inclusive conversaciones son de ellos, de manera temporal. Las 'experiencias casi psicóticas' aumentan el riesgo de desarrollar una esquizofrenia o cualquier otro trastorno psicótico permanente más adelante en la vida (Yung et al., 2009). Las 'experiencias casi psicóticas' se clasifican en 4 subtipos: las experiencias bizarras, las ideas persecutorias, las anormalidades perceptuales y el pensamiento mágico (Yung et al., 2009).

Diversos estudios, como los que se presentaran a continuación, sugieren que las 'experiencias casi psicóticas' son comunes en la población general (no clínica), dando a entender que la psicosis se posiciona en un continuo: varían de personalidad normal o de diferentes expresiones de vulnerabilidad por debajo de la norma a trastornos psicóticos.

En un estudio previo realizado en Italia participaron 1882 estudiantes de secundaria y universidades para medir 'experiencias casi psicóticas' y salud mental en general. Se encontraron cuatro subtipos de síntomas psicóticos: experiencias bizarras, ideas persecutorias y anormalidades

perceptuales. Las experiencias bizarras y las ideas persecutorias estuvieron fuertemente asociadas con estrés, depresión y pobre funcionamiento intelectual (Armando et al., 2009).

Un segundo estudio realizado en Australia incluyó 875 participantes adolescentes de 34 instituciones midiendo las 'experiencias casi psicóticas'. Se encontraron 4 subtipos de síntomas casi psicóticos: experiencias bizarras, anormalidades perceptuales, ideas persecutorias y pensamiento mágico. Se encontró una fuerte relación del estado de salud mental actual con estas experiencias, estando principalmente las experiencias bizarras, anormalidades perceptuales e ideas persecutorias asociadas con estrés, depresión y pobre funcionamiento (Yung et al., 2009).

El presente estudio pretende descubrir la relación que existe entre la salud mental y las 'experiencias casi psicóticas' que pueden desarrollarse a lo largo de la vida de una persona. Las 'experiencias casi psicóticas' pueden suceder cuando una persona se encuentra en un momento de estrés, donde también pueden presentar síntomas somáticos, altos niveles de ansiedad y/o grandes niveles de insomnio. Este estudio pretende descubrir variables, dentro de lo que implica la salud mental, que

sugieren que una persona está en riesgo de poder desarrollar una psicosis.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Esta investigación es de relevancia para Panamá debido a que es la primera en el país que explora la relación de la salud mental actual de una persona con la posibilidad de desarrollar una psicosis (i.e., 'experiencias casi psicóticas'). Además, permite diagnosticar de manera temprana, a aquellos que trabajan en el ámbito de la salud mental, a los pacientes que están en riesgo de desarrollar síntomas psicóticos. De esta manera podemos tomar acción para prevenir que se desencadene una psicosis o una variedad de síntomas psicóticos.

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1 OBJETIVO GENERAL:**

Describir la prevalencia de 'experiencias casi psicóticas' en adultos jóvenes panameños y su relación con el estado de salud mental actual de los participantes.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Determinar la relación de los síntomas somáticos con las 'experiencias casi psicóticas'.

Identificar la relación de la ansiedad y el insomnio con las 'experiencias casi psicóticas'.

Evaluar la relación de la disfunción social con las 'experiencias casi psicóticas'.

Determinar la relación de la depresión grave con las 'experiencias casi psicóticas'.

Identificar la relación de variables socio-demográficas como sexo, edad, escolaridad, estado civil e ingreso con las 'experiencias casi psicóticas'.

#### **4. HIPÓTESIS Y PREGUNTAS**

H1: Las 'experiencias casi psicóticas' están relacionadas con la salud mental actual de las personas.

H0: Las 'experiencias casi psicóticas' no están relacionadas con la salud mental actual de las personas.

Las preguntas de investigación son:

- ¿Hay relación entre la salud mental actual de la persona y las 'experiencias casi psicóticas'?

- ¿Hay relación entre los síntomas somáticos y las 'experiencias casi psicóticas'?
- ¿Hay relación entre la ansiedad y el insomnio y las 'experiencias casi psicóticas'?
- ¿Existe relación entre la disfunción social y las 'experiencias casi psicóticas'?
- ¿Existe relación entre la depresión y las 'experiencias casi psicóticas'?
- ¿Existen relación entre la prevalencia de 'experiencias casi psicóticas' y variables sociodemográficas como el sexo, edad, nivel de escolaridad, estado civil e ingreso mensual?

## **5. LIMITACIÓN Y DELIMITACIÓN**

A continuación se presentan limitaciones del estudio respecto a la muestra, instrumentos y metodología:

- Debido a que las pruebas se enviaron por medio de redes sociales no hay manera de comprobar que las personas participantes de la misma realmente padecen de los síntomas reportados.
- No es posible verificar aspectos como la edad y el sexo de los participantes.



- La muestra fue escogida por conveniencia a través de difusión del estudio en las redes sociales y no es representativa de los adultos jóvenes en Panamá.

A continuación se presentan las delimitaciones del estudio respecto a la muestra, instrumentos y metodología:

- A lo largo de la investigación, se eliminó la palabra 'síntomas' por ser lo medido referente a 'experiencias' y no 'síntomas' al no existir un diagnóstico formal del reporte.
- En cuanto a la población, no se tuvo la misma proporción de hombres que de mujeres lo cual demuestra que la misma no es necesariamente representativa de la población de adultos jóvenes panameños.
- La meta de la muestra caía entre 150 a 200 personas. La misma terminó siendo de 328 personas. Superamos la cantidad de participantes evaluados.

## **CAPÍTULO II**

### **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Comenzaremos el presente marco teórico con el concepto de salud mental. Luego describiremos la psicosis, su prevalencia y las terapias que se utilizan para tratar la misma. Finalizaremos definiendo el concepto de 'experiencias casi psicóticas' y los estudios internacionales sobre el tema.

## **1. SALUD MENTAL**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Salud Mental como "un estado de bienestar global que afecta a todas las esferas psicológicas del individuo" (OMS, 2017). El término de la salud mental mayormente se refiere a lo que llamamos una salud emocional (Papalia y Feldman, 2012). La salud mental, se puede definir como un "estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos del sujeto de la cultura y de los grupos" (Ferrari, 2008).

Cuando conversamos sobre la salud mental siempre surgen dos aspectos. Primero, el de la definición de la salud mental y segundo, el de cómo preservarla. Es curioso que la idea de la salud mental evoca inmediatamente lo que resulta la definición de la enfermedad mental. Muchos autores concuerdan que la salud mental es solo por definición la ausencia de una enfermedad mental y esto puede ser equivoco. La salud mental recae sobre

la vida mental del sujeto o paciente. La misma vida mental está sostenida por un proceso de vinculaciones humanas afectivas, solidarias, de apoyo y demás que son necesarias para la salud, el crecimiento y la realización de deseos, metas y proyectos de la vida de cada persona. Sin este sostén de vinculaciones y emociones puede haber cierta crisis dentro de la vida de las personas lo cual significa cierta crisis en la vida de la salud mental de cualquiera de ellos (Ferrari, 2008).

Dentro de las variables que comprenden la salud mental se encuentran los síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, depresión severa y disfunción social. Son estas variables o áreas de funcionamiento las que se ven afectadas en un paciente.

Lo somático se refiere a dolores o quejas físicas que ocasionan malestar derivado de algún problema mental o clínico. A partir de esta definición hay un trastorno dentro del DSM-V, llamado trastorno de síntomas somáticos. Dentro de los trastornos de síntomas somáticos se pueden encontrar pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con preocupación por la salud, grado persistentemente de ansiedad acerca de la salud o de los síntomas que se están sintiendo (American Psychiatric Association, 2013).

La ansiedad es un estado afectivo similar al miedo por su tonalidad displacentera y por su contenido de expectación temerosa y angustiada de un peligro. Esta se diferencia del miedo porque es la reacción a un peligro conocido o real, mientras que en la ansiedad el peligro sería desconocido o inconsciente (Hernández, 2008). La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos. En realidad, un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones especialmente peligrosas. Una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante. Los síntomas pueden ser mentales o físicos. Los mentales son un tipo de preocupación constante, cansancio, irritabilidad, entre otras. Los físicos, por otro lado son un tipo de pulsaciones elevadas, sudoración excesiva, tensión muscular, temblores, entre otros.

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente y uno de los que mayor trascendencia sanitaria y social tiene. El paciente con insomnio se queja constantemente de su insatisfacción con la calidad y cantidad del sueño. Esta insatisfacción puede provenir de la dificultad que tiene para quedarse dormido o para mantener el sueño a lo largo de la

noche, así como del número de despertares precoces que sufre (Guzmán, et al., 2009).

La depresión es una modificación profunda del humor en el sentido de la tristeza y del sufrimiento moral, correlativa de una desinversión de toda actividad (Chemama y Vandermersch, 2004). El sujeto con depresión vive en un tiempo uniforme y monótono, aunque registre modificaciones de humor. Estas, al ser cíclicas, no constituyen en ningún caso cambios verdaderos (Chemama y Vandermersch, 2004).

La depresión psicótica es aquella depresión que ocasiona delirios, alucinaciones o estupor depresivo. Estos delirios son más comunes que las alucinaciones, y estas, cuando están presentes, se acompañan de ideas delirantes (Hernández, 2008).

Finalmente, la disfunción social es una alteración o un problema que afecta el normal funcionamiento de algo. En el sentido más amplio, una disfunción es lo opuesto a lo funcional (aquello que cumple sus fines de manera eficaz), en este caso siendo las actividades sociales por la cual un individuo suele pasar día a día (Pérez, 2017).

### **1.1 PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, en el 2005 se calculó que por lo menos 450 millones de personas padecen de trastornos mentales que les genera sufrimiento e incapacidad para hacer tareas del diario vivir (Callazos, 2007).

En Chile, en el 2004, se investigó sobre la prevalencia de los trastornos psiquiátricos. Se evaluó una muestra aleatoria de 2,978 individuos que representara la población chilena. Los resultados demostraron que un quinto de esta población chilena (1 de 5) tiene un trastorno psiquiátrico. Los trastornos más comunes eran relacionados con fobias, fobias sociales, agorafobias, depresión severa y dependencia del alcohol (Vicente, 2004).

### **1.2 TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS**

Para tratar todo tipo de trastorno emocional se pueden tomar distintas opciones como terapias a tratar en el paciente. La psicoterapia individual, donde el terapeuta, quien está entrenado y certificado para poder dar psicoterapia, ayuda de manera individual al paciente para que pueda entender y comprender su personalidad, sus relaciones y poder interpretar y

saber por qué se siente y actúa de la manera que lo hace (Papalia y Feldman, 2012).

## **2. PSICOSIS**

La psicosis es sinónimo y paradigma de enfermedad mental y siempre están precedidas y acompañadas por una alteración de la imaginación. Por debajo de la imaginación, encontramos enfermedades de los nervios que son enfermedades puramente corporales. Por encima de la imaginación se hallan las alteraciones del pensamiento, los sentimientos y la voluntad (Roca, 2010).

La psicosis es un trastorno mental importante de origen orgánico o emocional, en el cual la capacidad de una persona para pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y conducirse apropiadamente está suficientemente deteriorada como para inferir gravemente con la capacidad para satisfacer las demandas ordinarias de la vida. Este trastorno está caracterizado a menudo por conductas regresivas, humor inapropiado, disminución del control de los impulsos y presencia de contenidos mentales anormales como delirios y alucinaciones. El término es aplicable a situaciones



que presentan un amplio rango de gravedad y duración (American Psychiatric Association, 2000).

Los delirios son creencias falsas que el enfermo toma como absolutamente reales. El contenido de estas pueden ser influidas por el nivel de desarrollo emocional y cognitivo del paciente y se presentan con diferentes modalidades. Por ejemplo, pueden ser religiosas, de grandeza, de persecución, de control, de transmisión o robo del pensamiento de sí mismo, de contenido sexual o corporal. El paciente puede llegar a creer que tiene grandes poderes o estar destinado para grandes misiones, ya sean políticas, religiosas o sociales. También, puede creer que es capaz de comunicarse a grandes distancias con otras personas mediante el pensamiento, o que lo invade el pensamiento de otra persona y tiene el poder de controlarlo, que lo persiguen para hacerle algún tipo de daño o asesinarlo, encarcelarlo o transformarlo en otro ser, que es un personaje importante de la historia, de la actualidad o de una serie de televisión, que está viviendo en un mundo diferente a él y los humanos han sido reemplazados, entre otras situaciones (Cardoze y Amaya, 2005).

Las alucinaciones, por otro lado, consisten en percepciones a través de los sentidos sin la existencia del objeto real. El paciente está seguro de ver, oír o sentir cosas que no existen

ya sean provenientes del exterior o del interior. Las alucinaciones más frecuentes son las auditivas en las que el paciente escucha voces que hablan entre ellas o le hablan a él, les dicen que debe hacer ciertos actos, les habla de las consecuencias de no seguir sus indicaciones o son voces que lo atormentan molestándolo, burlándose de él o culpándolo por cómo se comporta y cómo es. También estas alucinaciones auditivas pueden ser desde música hasta ruidos extraños que en realidad no se encuentran sonando (Cardoze y Amaya, 2005).

En las psicosis los límites entre el mundo externo y el Yo no se perciben de forma clara como en las personas saludables con otro tipo de patología. El paciente entonces, comienza de manera progresiva o aguda a mostrar una serie de síntomas que reflejan un estado disociado, desconectado o desorganizado de la conciencia (Cardoze y Amaya, 2005).

Sigmund Freud, padre del psicoanálisis, al referirse de la psicosis usó el término de la paranoia y la comparó según el destino del afecto, el contenido ideacional, la presencia o no de alucinaciones y el resultado a las histerias, las representaciones obsesivas, la confusión alucinatoria, y la psicosis histérica (Baumgart, 2000).

Para el psicoanálisis, lo que está en la base de un fenómeno psicótico es una perturbación libidinal del Yo con la realidad. Es por esto que la psicosis utiliza distintos mecanismos de defensa frente a situaciones que le ocasionan malestar a diferencia de las otras estructuras de personalidad. En la psicosis predominan mecanismos de defensa tales como la fragmentación, la escisión, la proyección, la negación y la desmentida (Ferrari, 2008).

Según Freud la psicosis se puede ver desde tres modelos distintos: la paranoia, la confusión alucinatoria y la psicosis histérica. En la paranoia, el afecto y el contenido de las ideas se conservan y se proyectan hacia fuera, las alucinaciones son hostiles al Yo y apoyan la defensa utilizada. En la confusión alucinatoria, el afecto y el contenido de las ideas son apartados del Yo y, en este lugar, aparecen las alucinaciones gratas al Yo que, si bien apoyan la defensa, lo hacen a costa de un desprendimiento del mundo exterior. Por último, en la psicosis histérica cobran tanto poder las representaciones que cayeron bajo la defensa que terminan subyugando al Yo, al estado de lo que puede ocurrir en el sueño pero esto ocurre durante la vigilia (Baumgart, 2000).

Para Freud, toda psicosis es una enfermedad de la defensa. Las manifestaciones psicóticas tales como el delirio o la alucinación no son los efectos inmediatos de una causa dada, sino que son las consecuencias derivadas de la lucha entablada por el Yo para defenderse contra un dolor insoportable. Freud explicaba que el estado psicótico es una enfermedad de la defensa; es la expresión mórbida del intento desesperado del yo de preservarse, de librarse del intento desesperado que a la manera de un cuerpo extraño, amenaza su integridad (Nasio, 2000).

Según Lacan, un reconocido psicoanalista, la psicosis se debe al rechazo primordial del nombre del padre. Así, Lacan configura la estructura de la psicosis con los caracteres que la diferencian radicalmente de una estructura neurótica. La no instalación de la metáfora paterna imposibilita cualquier organización de tipo neurótico centrada por el complejo de Edipo (Chemama y Vandermersch, 2004).

La décima revisión del CIE-10, en la introducción del capítulo V, plantea que el término psicótico se ha mantenido en la citada clasificación como un término descriptivo, sin que el recurrir a él presuponga nada sobre posibles mecanismos psicodinámicos, capacidad de introspección o juicio de la

realidad (Roca, 2010). Se destacan dos tipos o grupos de síntomas: las alucinaciones y los delirios. A partir de esto se considera que lo psicótico es otra forma no comprometida de mencionar lo alucinatorio-delirante (Roca, 2010).

Lo psicótico queda así reducido a indicar presencia de alucinaciones, de ideas delirantes o de un número limitado de comportamientos anormales, tales como gran excitación o hiperactividad, asilamiento social grave y prolongado no debido a depresión o ansiedad, marcada inhibición psicomotriz y manifestaciones catatónicas (Roca, 2010).

La primera aparición de síntomas psicóticos puede afectar al círculo familiar y también puede producir sentimientos de miedo y culpabilidad. Las familias pueden debatirse entre hacerse cargo del paciente y aceptar todas las consecuencias de la enfermedad mental o bien, negar la situación y rechazar cualquier tipo de contacto con su familiar y la unidad psiquiátrica (Roca, 2010).

El DSM-V menciona y clasifica según síntomas los trastornos dentro de lo psicótico, como lo es el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. A continuación se

mencionaran algunos de los trastornos que componen esta sección (American Psychiatric Association, 2013).

### **2.1 TRASTORNO DELIRANTE**

El trastorno delirante tiene como característico la presencia de uno o más delirios durante más de un mes de duración. Nunca se ha tenido ningún tipo de esquizofrenia o se ha cumplido con los requisitos de tener la misma. El funcionamiento del paciente no está muy alterado y el comportamiento no es manifiestamente extravagante o extraño.

Hay que tener en cuenta que el trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno dismórfico corporal o el trastorno obsesivo-compulsivo (American Psychiatric Association, 2013).

### **2.2 TRASTORNO PSICÓTICO BREVE**

En este trastorno también se dan las alucinaciones, delirios, discurso desorganizado, hay incoherencia frecuente en el discurso, comportamiento muy desorganizado o catatónico. En estos pacientes se dan algunos de los síntomas de esquizofrenia

por un periodo mínimo de un mes (American Psychiatric Association, 2013).

### **2.3 TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME**

En el trastorno esquizofreniforme se dan los síntomas por un periodo mínimo de un mes de duración y máximo de seis meses. Los síntomas recaen en delirios y alucinaciones. Se presenta discurso desorganizado e incoherencia frecuente. A diferencia del trastorno psicótico breve, en este trastorno se dan síntomas negativos donde hay una expresión emotiva disminuida o abulia. Es importante recalcar que el trastorno esquizofreniforme ni en ninguno de los anteriormente mencionados se puede atribuir los síntomas a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) u otra afección médica (American Psychiatric Association, 2013).

### **2.4 ESQUIZOFRENIA**

En la esquizofrenia los síntomas se dan por más de un mes. En este trastorno se dan síntomas como los delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado y a diferencia de los demás trastornos, durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del

trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral). Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito) (American Psychiatric Association, 2013).

En la esquizofrenia pueden darse de igual manera los deterioros de las funciones cognitivas que pueden estar presentes incluso antes de manifestarse la enfermedad, pero que con el avance de esta, se agravan. Este déficit de forma cognitiva se produce con intensidad en los diferentes procesos de memoria, atención, procesamiento de información y de aprendizaje (Cardoze y Amaya, 2005).

## **2.5 TRASTORNO ESQUIZO-AFECTIVO**



En este trastorno se da un período ininterrumpido de enfermedad durante el cual existe un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo mayor), surgen delirios o alucinaciones durante dos o más semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo) durante todo el curso de la enfermedad (American Psychiatric Association, 2013).

## **2.6 SINDROME DE PSICOSIS ATENUADO**

Dentro de "otros trastornos del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico", en el DSM-V (2013), encontramos este síndrome de psicosis atenuado que se caracteriza por presentar síntomas parecidos a los psicóticos pero se encuentran debajo del umbral de la psicosis establecida. Los síntomas son menos graves y transitorios (American Psychiatric Association. 2013).

## **2.6. TERAPIAS PSICOLÓGICAS PARA LA PSICOSIS**

Para tratar todo tipo de psicosis se deben tener objetivos. A largo plazo se debe controlar o eliminar los síntomas activos

de la psicosis y que la medicación sea tomada diariamente, se deben eliminar síntomas psicóticos leves y reactivos y poder volver a un funcionamiento normal correspondiente al afecto, pensamiento y lo que se encuentre alterado y relacionado en la psicosis del paciente. Además, dentro de los objetivos, se deben aumentar las metas de comportamiento, concentrar el pensamiento de acuerdo a la realidad y normalizar el discurso que pueden evidenciar coherencia al mismo (Jongsma y Peterson, 2006).

Para la psicosis se recomienda tener un tratamiento farmacológico. Al ocurrir la primera aparición de los síntomas el objetivo de este tratamiento es conseguir lo antes posible la remisión de síntomas y evitar la aparición de efectos secundarios (American Psychiatric Association, 2013). A continuación discutimos sobre las terapias más efectivas para el tratamiento de los síntomas de la psicosis.

### **2.7. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL**

Esta terapia tiene un efecto positivo en estos pacientes. Una parte de la terapia se orienta hacia el estímulo y al refuerzo de los mecanismos de defensa. La otra parte se centra en el paciente para guiarle hacia una perspectiva cognitiva más

racional de sus síntomas (Roca, 2010). Para ello se utilizan distintas estrategias, como la modificación de creencias, el enfoque o retribución y la normalización de la experiencia psicótica (Roca, 2010). Los objetivos generales de la Terapia Cognitivo Conductual son: reducir el malestar y la incapacidad causada por los síntomas psicóticos, reducir el trastorno emocional y ayudar a la persona para que llegue a comprender la psicosis a fin de promover la participación activa del individuo en la regulación de riesgo de recaída y la incapacidad social (Martindale et al., 2009).

## **2.8 TERAPIA DE GRUPO**

Existen diversas modalidades, como por ejemplo, grupo de psicoeducación, grupos de entrenamiento de habilidades sociales, asesoramiento de grupo y psicoterapia de grupo. En algunos de ellos se ofrece una combinación de estas modalidades (Roca, 2010). El objetivo de la terapia de grupo es mejorar la resolución de problemas, planificación de objetivos, las interacciones sociales, el afrontamiento de la enfermedad y el control de la medicación y sus efectos secundarios. También son útiles para detectar y controlar síntomas prodrómicos de una recaída (Roca, 2010).

## **2.9. TRABAJO CON LA FAMILIA**

En este tipo de trabajo se busca desarrollar entre todos los miembros de la familia, una comprensión adecuada de la enfermedad del paciente. Se debe mejorar la actitud de la familia ante el paciente a medida que comprenden porque actúa de la manera que lo hace, el facilitar el mutuo apoyo y manejo de los riesgos y el incorporar el proceso de socialización en los casos que se puedan tanto en el paciente como en el grupo familiar. La familia se debe adentrar a un tipo de terapia familiar debido a cómo afectan las relaciones interpersonales, la violencia, la expresión de emociones en estos pacientes y cómo puede llegar a afectar sino es controlada un paciente con esta condición en un grupo familiar (Cardoze y Amaya, 2005).

## **3. EXPERIENCIAS CASI PSICÓTICAS**

Las 'experiencias casi psicóticas' aumentan el riesgo de desarrollar una esquizofrenia o cualquier otro trastorno psicótico. Algunas de estas experiencias están asociadas con depresión y estrés. Hay 5 subtipos de las 'experiencias casi psicóticas': experiencias bizarras, ideas persecutorias, anormalidades perceptuales y pensamiento mágico (Yung et al.,

2009). Estos subtipos son aquellos que pueden relacionarse con apariciones de experiencias psicóticas.

Las "experiencias casi psicóticas" a pesar que pueden ser comunes en una población general, también comparten factores de riesgo debido a la presencia de posibles alucinaciones, paranoia y el riesgo de poder desarrollar una psicosis. Lo que más resalta dentro de lo que recaen las "experiencias casi psicóticas" son los síntomas psicóticos que se presentan cuando hay una ausencia del mencionado trastorno mental (Barton et al., 2018).

Diversos estudios sugieren que las 'experiencias casi psicóticas' son comunes en la población general (no clínica), dando a entender que los mismos se posicionan en un continuo puesto a que varían de personalidad normal o de diferentes expresiones de vulnerabilidad por debajo de la norma a trastornos psicóticos.

Un primer estudio realizado en Australia, tenía como objetivo demostrar que debido a 'experiencias casi psicóticas' se aumenta el riesgo de desarrollar una esquizofrenia o cualquier tipo de trastorno psicótico. Es por esto que se dividió en 4 categorías las preguntas de la prueba utilizada, el

CAPE 42 (Community Assessment of Psychotic Experience). Se calculó la desviación estándar del instrumento y las puntuaciones de sus participantes para medir la cantidad de veces que una persona tenía 'experiencias casi psicóticas' sin tener un diagnóstico y como esta persona podía llegar a desarrollar un trastorno psicótico (Yung et al., 2005). Los resultados demostraron que las experiencias bizarras y las ideas persecutorias son las más relacionadas con las experiencias psicóticas y el aumento de las mismas puede llevar a un desencadenamiento de psicosis (Yung et al., 2005).

Otro estudio realizado en Inglaterra tenía como objetivo identificar alteraciones de sueño que ocurren conjunto a experiencias psicóticas, disociativas e hipomaniacas, evaluar la fuerza de las alteraciones del sueño con las experiencias casi psicóticas y evaluar la evidencia del vínculo causal. Los resultados demostraron una relación del insomnio con 'experiencias casi psicóticas', disociativas e hipomaniacas (Barton et al., 2018).

Las personas que pasan por 'experiencias casi psicóticas', pasan por ellas transitoriamente en momentos de estrés, ansiedad o depresión. Estas experiencias presentan alteraciones de la percepción, pensamiento, estados de ánimo, conducta y cierta

pérdida del sentido de la realidad. Estas personas tienden a experimentar aparición de alucinaciones, ya sean visuales, auditivas u olfatorias, delirios de ideas y pensamientos, suspicacia donde se piensa que algunas noticias o inclusive conversaciones son de ellos. Las 'experiencias casi psicóticas' aumentan el riesgo de desarrollar una esquizofrenia o cualquier otro trastorno psicótico permanente. Por ende, su evaluación puede ser utilizada para el diagnóstico temprano.

## CAPÍTULO III

### **METODOLOGÍA**



## **1. TIPO DE ESTUDIO**

La presente investigación es de tipo transversal descriptivo correlacional. Esto quiere decir que se describió las variables en la población seleccionada y se determinó cómo se correlacionan dichas variables.

## **2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población que se investigó fue de 324 jóvenes adultos entre los 18 y 30 años de edad, panameños y residentes de la República de Panamá.

## **3. VARIABLES**

### **3.1 Experiencias casi psicóticas**

Las **'experiencias casi psicóticas'** se pueden dar en cualquier tipo de persona. Estos síntomas pueden ser experiencias bizarras, ideas persecutorias, anormalidades perceptuales y pensamiento mágico.

### **3.1.1 Experiencias bizarras**

Las **experiencias bizarras** también pueden ser llamadas experiencias paranormales. Se definen como un conjunto de experiencias anómalas que sugieren una interacción entre organismos y su medio ambiente (Parra, 2010). Algunos autores han investigado que tales experiencias pueden ser tipos de telepatías, comunicaciones directa (mente a mente), información acerca del futuro o el pasado e influencia mental sobre el entorno (Parra, 2010). Las experiencias bizarras son un rasgo importante dentro de lo que es la esquizofrenia (Sánchez, 2014).

### **3.1.2 Ideas persecutorias**

Las **ideas paranoides o persecutorias** crean una leve sospecha y paranoia en las personas, con la idea de que pueden ser robados, lastimados, que son perseguidos causando así perturbación del funcionamiento y sufrimiento de la persona y los que se encuentran a su alrededor. Estas ideas paranoicas pueden presentar un cambio agudo en el estatus mental de las personas por causas médicas o por ser parte de un síntoma complejo mayor de un trastorno afectivo o psicótico primario (Chaudhary y Rabheru, 2009).

### **3.1.3 Anormalidades Perceptuales**

Las anormalidades perceptuales pueden ser por distintas causas como las infecciones, intoxicaciones por sustancias ilícitas y por causas emocionales (Guirao y Pomes, 2010). Los principales trastornos de la percepción son las ilusiones y alucinaciones que pueden ser visuales, auditivas, olfativas, táctiles y gustativas (Guirao y Pomes 2010).

### **3.1.4 Pensamiento mágico**

El **pensamiento mágico** se puede describir como atribuciones ilógicas que se hacen sin ningún tipo de pruebas, sobre todo cuando la persona cree que sus pensamientos pueden tener consecuencias en el mundo externo, bien por su propia acción o por la intermediación de fuerzas sobrenaturales (Figueroba, 2018).

## **3.2 Salud Mental**

Se refiere a los síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, depresión severa y disfunción social.

### 3.2.1 Síntomas somáticos

Lo **somático** se refiere a dolores o quejas físicas que ocasionan malestar derivado de algún problema mental o clínico. A partir de esta definición hay un trastorno dentro del DSM-V llamado trastorno de síntomas somáticos.

Los síntomas del trastorno somático se divide en uno o más síntomas que causan malestar y dan problemas significativos en la vida diaria, pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud. Se pone de manifiesto por una o más características como pensamientos desproporcionados persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas, grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas, tiempo y energía excesivos a estos síntomas o a la preocupación de salud. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el trastorno sintomático es persistente (por lo general se presenta por más de seis meses) (American Psychiatric Association, 2013).

### 3.2.2 Ansiedad e insomnio

La **ansiedad** es un estado afectivo similar al miedo por su tonalidad displacentera y por su contenido de expectación

temerosa y angustiada de un peligro. Esta se diferencia del miedo porque el miedo es la reacción a un peligro conocido o real, mientras que en la ansiedad el peligro sería desconocido o inconsciente (Hernández, 2008).

El **insomnio** es el trastorno del sueño más frecuente y uno de los que mayor trascendencia sanitaria y social tiene. El paciente con insomnio se queja constantemente de su insatisfacción con la calidad y cantidad del sueño. Esta insatisfacción puede provenir de la dificultad que tiene para quedarse dormido o para mantener el sueño a lo largo de la noche, así como del número de despertares precoces que sufre (Guzmán, et al., 2009).

### 3.2.3 Depresión

La **depresión** es una modificación profunda del humor en el sentido de la tristeza y del sufrimiento moral, correlativa de una desinvertidura de toda actividad (Chemama y Vandermersch, 2004). El sujeto deprimido vive en un tiempo uniforme y monótono, aunque registre modificaciones de humor (Chemama y Vandermersch, 2004).

La **depresión psicótica** es aquella depresión que ocasiona delirios, alucinaciones o estupor depresivo. Estos delirios son más comunes que las alucinaciones, y estas, cuando están

presentes, se acompañan de ideas delirantes (Hernández, 2008).

#### **3.2.4 Disfunción social**

La **disfunción social** es una alteración o un problema que afecta el normal funcionamiento de algo. En el sentido más amplio, una disfunción es lo opuesto a lo funcional (aquello que cumple sus fines de manera eficaz), en este caso siendo las actividades sociales por la cual un individuo suele pasar día a día (Pérez, 2017).

### **4. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Los datos fueron recolectados a través de una encuesta que se difundió por diferentes redes sociales, siendo estas, WhatsApp, Facebook y Twitter. La encuesta estuvo conformada por las preguntas de las pruebas Community Assesment of Psychotic Experience de 42 ítems (CAPE) y el General Health Questionnaire de 28 ítems (GHQ-28).

#### **4.1 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS**

**4.1.1. CAPE:** Community Assesment of Psychotic Experience, es un cuestionario de 42 ítems. Antes de contestar la prueba, la misma explica lo siguiente:

*Este cuestionario se ha diseñado para evaluar las creencias y experiencias mentales vívidas. Nosotros creemos que estas son mucho más comunes de lo que previamente se ha creído, y que mucha gente ha tenido tales experiencias durante sus vidas. Por favor conteste a estas preguntas lo más sinceramente que pueda. No hay respuestas correctas e incorrectas, y no hay preguntas con truco.*

Una de las primeras preguntas es "En ocasiones me siento triste" y las opciones de respuestas son: nunca, de vez en cuando, seguido, y muy seguido. Cada una de estas respuestas tiene una puntuación de 0,0,1,1. Las respuestas de "seguido" y "muy seguido" son aquellas que se puntúan con 1 y se va sumando hasta llegar a la puntuación total.

Las preguntas del CAPE van de 1-42. Gran variedad de las preguntas de la prueba se dividen en sub-escalas. Según el

estudio de Yung, algunas de las preguntas se dividen en las siguientes sub-escalas:

- Pensamiento mágico: preguntas 11, 13, 15, 20
- Experiencias bizarras: preguntas 17, 24, 26, 28, 30, 31
- Desviaciones perceptuales: preguntas 33, 34, 42
- Ideaciones persecutorias: preguntas 2, 5, 6, 7, 10, 22, 41

Según un estudio elaborado en España, los niveles de consistencia interna para las tres dimensiones del CAPE-42 son superiores a  $\alpha = 0,77$ , siendo la estimación del alfa de Cronbach para la puntuación total de la escala superior a  $\alpha = 0,89$  (Fonseca et al., 2012). El coeficiente de correlación intra-clase o la estabilidad temporal para las puntuaciones de las tres dimensiones del CAPE-42 es superior a  $\alpha = 0,64$  (Fonseca et al., 2012). En nuestro estudio en Panamá, la consistencia interna alfa de Cronbach del CAPE Total fue de  $\alpha = 0.930$ .

**4.1.2. GHQ-28:** General Health Questionnaire, es un cuestionario que consta de 28 ítems. Antes de contestar esta prueba, la misma explica lo siguiente:

*Esta prueba se creó para poder medir el estado de salud mental actual, es por esto que antes de realizar la prueba se pide*



*completa honestidad y que responda situaciones por la cual ha pasado y cómo se siente actualmente.*

La prueba tiene 4 sub-escalas que miden los síntomas de ansiedad e insomnio, disfunción social, depresión severa y síntomas somáticos. El GHQ-28 muestra una adecuada consistencia interna ( $\alpha = 0,90$ ) y validez divergente moderada  $r = 0,60$  (Galindo et al., 2017). En nuestro estudio en Panamá, la consistencia interna alfa de Cronbach del GHQ Total fue de  $\alpha = 0.933$ .

## **5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Primeramente, se utilizaron estadígrafos descriptivos (media, mediana y moda) para describir la prevalencia de 'experiencias casi psicóticas' en la muestra. Se calcularon índices de correlación  $r$  de Pearson para establecer si existe relación entre las 'experiencias casi psicóticas' y la salud mental. Se calculó la consistencia interna de las pruebas (CAPE y GHQ-21) con el método de alfa de Cronbach. Los datos perdidos fueron reemplazados por la media del sujeto para dicha prueba si representaban menos del 10% de la prueba. Ningún sujeto tuvo más

de 10% de datos perdidos por lo cual no se eliminó a nadie del análisis.

## **6. PROCEDIMIENTO**

Se desarrolló el proyecto en 9 meses a través de una revisión constante de los resultados de las pruebas y luego la sustentación del proyecto.

En septiembre de 2017 se realizó el desarrollo y la presentación de la propuesta en la Universidad Santa María la Antigua, junto a la redacción del marco teórico de la investigación.

En octubre de 2017 se realizó la redacción del consentimiento informado de la investigación y la redacción de la encuesta que contenían las pruebas CAPE Y GHQ el cual se lanzó por medio de redes sociales como WhatsApp, Facebook y Twitter.

En noviembre y diciembre de 2017 se lanzó a las redes sociales anteriormente mencionadas la encuesta con el contenido de ambas pruebas.

Desde los meses de enero a abril de 2018 se calcularon los resultados de las pruebas y se realizó la transcripción de los resultados.

A partir del mes de abril de 2018 se escribió la discusión y conclusión de la investigación, seguido por la sustentación del mismo en la Universidad Católica Santa María la Antigua.

## **7. PROCEDIMIENTO ÉTICO**

Para realizar la investigación se agregó un consentimiento informado digital de la siguiente manera:

*Bienvenido/a a esta investigación, mediante la cual queremos comprobar en qué estado se encuentra la salud mental en Panamá. Te pedimos que seas completamente honesto/a pues tus respuestas son anónimas (no te pediremos que reveles tu nombre). Para participar en esta encuesta debes cumplir con los siguientes requisitos:*

- 1. Vivir en Panamá y ser Panameño/a.*
- 2. Tener entre 18 y 30 años de edad.*
- 3. Poder leer y escribir.*

*Completar esta encuesta te tomará entre 10 y 15 minutos. Deberás responder preguntas sobre tu estado de salud mental actual. Te recordamos que toda pregunta contestada es completamente anónima. Los resultados solo serán utilizados con fines de investigación.*

*Si tienes alguna pregunta luego de contestar esta prueba, puedes escribirme a mi email: [rebeabouganem@gmail.com](mailto:rebeabouganem@gmail.com). Si al final de la prueba o a lo largo de la misma te sientes estresado/a, ansioso/a o preocupado/a y quisieras recibir atención terapéutica, puedes llamar a la Clínica Psicológica de la USMA donde te podrán agendar una cita. Llama al 230-8328 entre 9am y 5pm de Lunes a Viernes.*

*El primer paso será que des clic en "ACEPTO" si sientes que recibiste suficiente información sobre este estudio y aceptas participar.*

1. Confirmando que he recibido suficiente información sobre este estudio y que he tenido oportunidad para pensar sobre dicha información, hacer preguntas y recibir respuestas de manera satisfactoria.

2. Entiendo que mi participación en este estudio es voluntaria.

3. Entiendo que mi participación no será remunerada.

4. Entiendo que mis datos serán conservados de manera anónima.

Acepto.

Por otro lado, los siguientes aspectos éticos fueron tomados en consideración durante la ejecución del presente estudio:

- Confidencialidad: Los datos recogidos no fueron compartidos con nadie fuera del equipo de investigación. Todos los

cuestionarios fueron anónimos (los participantes no tuvieron que revelar su nombre).

- Archivo de datos: Los datos digitales fueron manejados en una laptop, pero los mismos estaban anonimizados (i.e., no tenían el nombre del participante). Una vez terminado el estudio, los datos digitales serán conservados de manera anónima por un periodo de 4 años.
- Decisión de participar: La participación fue voluntaria. Los participantes completaron un consentimiento informado digital luego de recibir información sobre el estudio.
- Referencia a otros servicios: En caso de que alguno de las participantes se sintiera emocionalmente indispuerto luego de completar los cuestionarios, se le proporcionaron los números de la Clínica de Atención Psicológica de la Universidad Santa María la Antigua.

## **CAPÍTULO IV**

### **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

## 1. Resultados Preliminares

### 1.1 Características Socio-demográficas de la Muestra

En la Tabla 1 se presentan las características socio-demográficas de la muestra.

**Tabla 1. Características Socio-demográficas de la muestra**

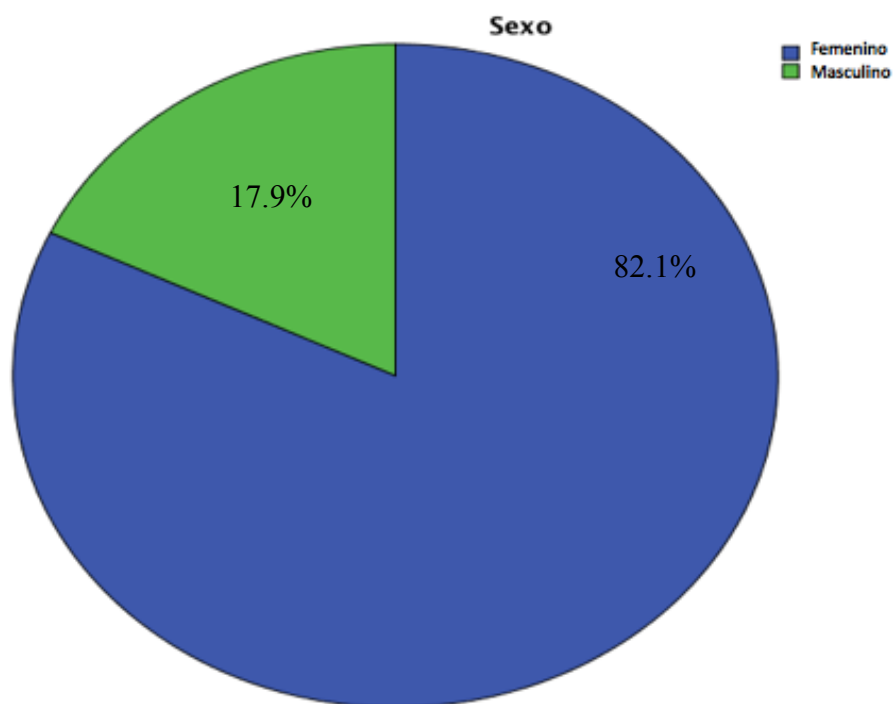
	Opciones	n (%)
Género de los Participantes	Mujer	266 (82.1%)
	Hombre	58 (17.9%)
Edad de los Participantes	Media = 22.9	DE = 3.2
Estado Civil	Soltero	287 (88.6%)
	Casado	32 (9.9%)
	Divorciado	3 (0.9%)
	Separados	2 (0.6%)
Ingreso mensual	Más de \$2,500.00	114 (35.2%)
	Entre \$1,000-\$2,500.00	97 (29.9%)
	Entre \$800-\$1,000.00	60 (18.5%)
	Entre \$600-\$800.00	26 (8.0%)
	Entre \$400-\$600.00	13 (4.0%)
	Menor de \$400.00	14 (4.3%)
Nivel de educación	Universitaria incompleta	140 (43.2%)
	Universitaria	136 (42.0%)
	Secundaria	25 (7.7%)
	Posgrado	21 (6.5%)
	Doctorado	2 (0.6%)



La tabla anterior nos demuestra que la población en su mayoría cae en una edad promedio de 22.9 años, solteros, con un ingreso mensual mayor de \$2,500 y con un nivel de estudio de universidad incompleta.

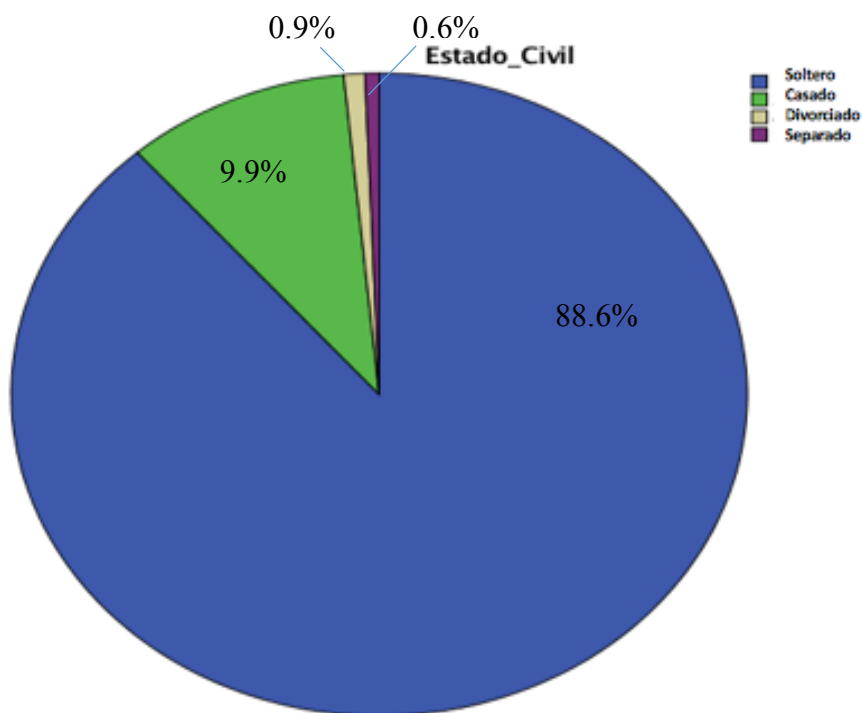
La muestra total fue de 324 personas, conformada por 266 mujeres y 58 hombres en edades entre los 18 y 30 años. La media de edad en la muestra fue de 22.9 años.

#### 1.1.1 Sexo de la Muestra



Respecto al estado civil de los participantes en la investigación, se preguntó si eran solteros, casados, divorciados, viudos o separados. De esta muestra, 287 participantes eran solteros, 32 casados, 3 divorciados, y 2 separados. La mayoría eran solteros.

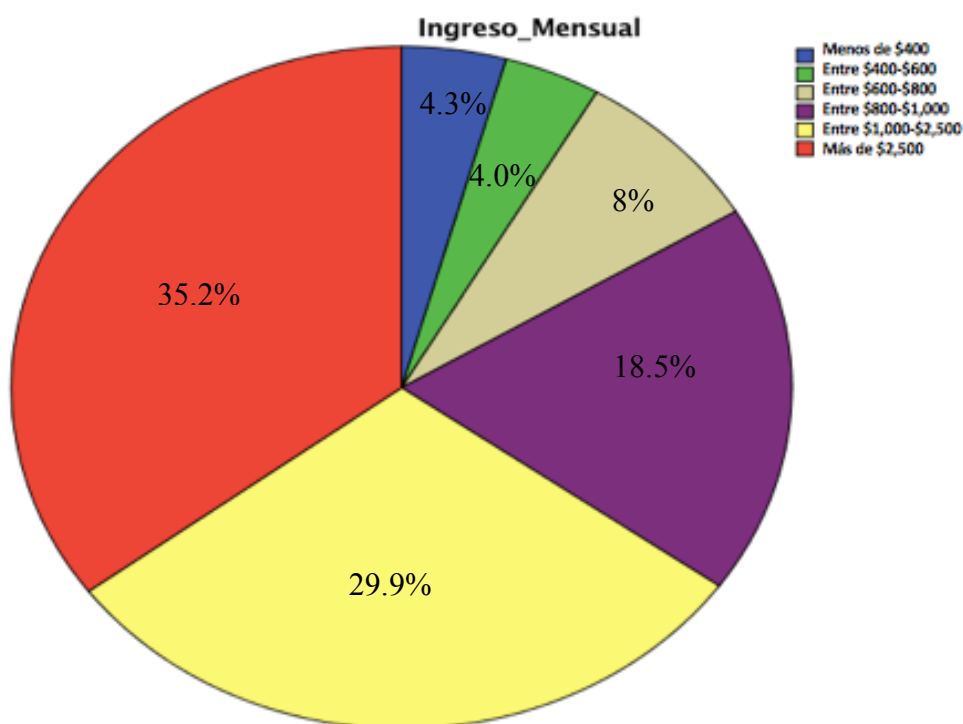
### 1.1.2 Estado Civil de la Muestra



Según el ingreso mensual aproximado de su hogar, se le preguntó a la población el promedio del ingreso. Un total de 14 personas contestaron menos de \$400, 13 personas contestaron entre \$400-\$600, 26 personas contestaron entre \$600-\$800, 60

personas contestaron entre \$800-\$1,000, y 97 personas contestaron entre \$1,000-\$2,500. La mayor parte de la muestra reportó tener un ingreso mensual mayor de \$2,500.

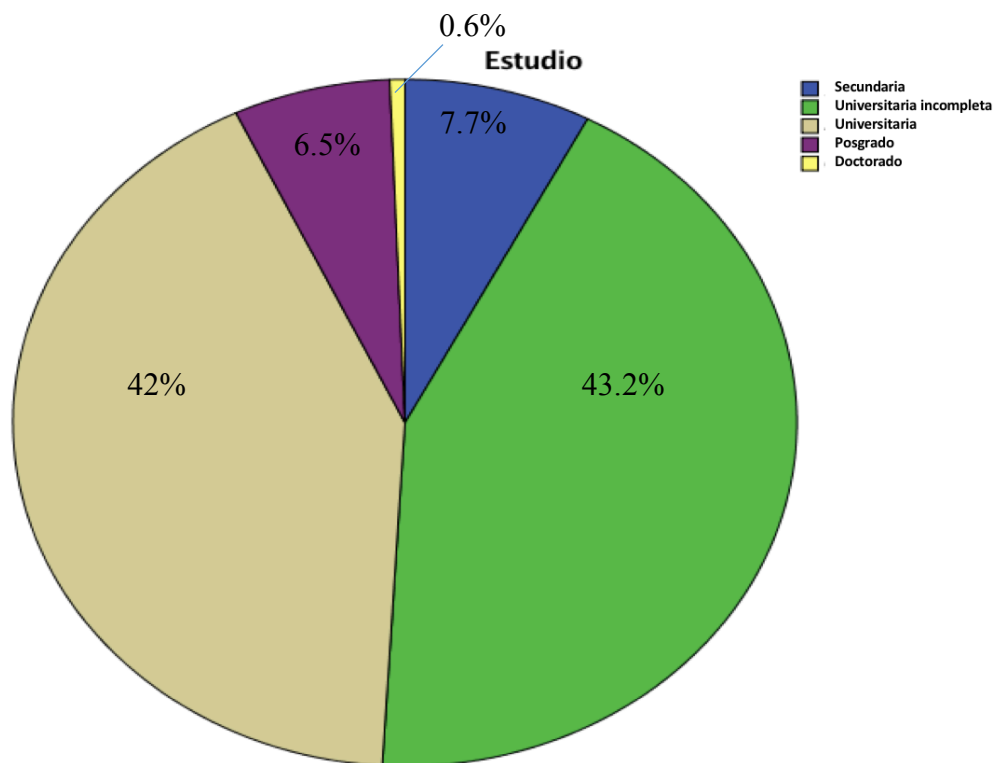
### 1.1.3 Ingreso Mensual de la Muestra



Dentro del nivel de estudio de la población no hubo ni un participante que haya tenido únicamente educación escolar primaria, 25 personas contestaron que completaron una educación hasta la secundaria, 140 personas reportaron una educación universitaria incompleta, 136 personas reportaron una educación

universitaria, 21 personas reportaron un posgrado y 2 personas reportaron un doctorado.

#### 1.1.4 Nivel de Estudio de la Muestra



## 2. Resultados Descriptivos

### 2.1. Prevalencia de 'Experiencias Casi Psicóticas'

En esta tabla, se demuestra la división de los resultados según las cuatro categorías de la prueba CAPE, siendo estas, pensamiento mágico, experiencias bizarras, desviaciones perceptuales, e ideación persecutoria.

#### 2.1.1 Tabla de Resultados CAPE

	N	Minimo	Maximo	Media	Desviación Estandar
CAPE_Pensamiento_Mágico	324	0.00	12.00	3.8148	2.20110
CAPE_Experiencias_Bizarras	324	0.00	12.00	2.6296	2.63317
CAPE_Anormalidades_Perceptuales	324	0.10	5.54	1.0317	0.83516
CAPE_Ideación_Persecutoria	324	0.00	18.00	4.3951	2.93027
Muestra total	324				

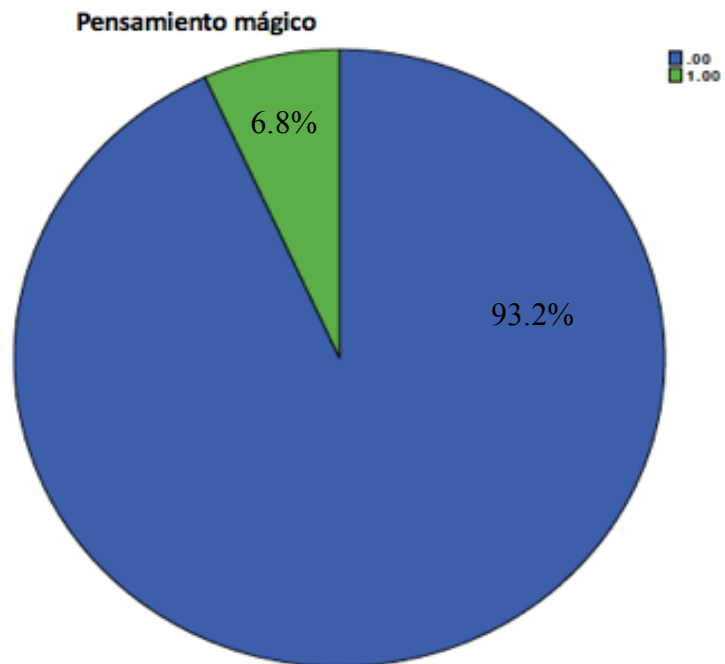
En comparación con el estudio de Yung (2009), nuestra muestra tiene una media de Pensamiento Mágico de 3.81 mientras que Yung reporta una media de 7.03. Nuestra media en Experiencias Bizarras es de 2.62 mientras que la muestra de Yung (2009) es de 8.59. Nuestra media de las Desviaciones Perceptuales fue de 1.03 mientras que la de Yung (2009) fue de

3.76. Por media de Ideación Persecutoria fue de 4.39 mientras que la de Yung (2009) fue de 12.03.

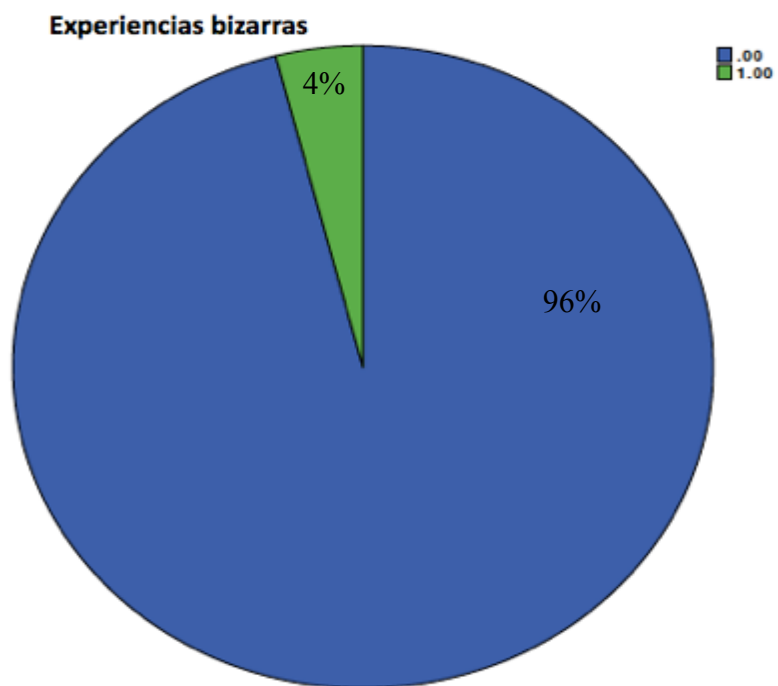
En comparación con el estudio de Yung (2009), nuestra muestra en términos de pensamiento mágico, experiencias bizarras, desviaciones perceptuales e ideaciones persecutorias, se encuentran por debajo de todas las medias.

A continuación, se presentaran las gráficas de las respuestas del CAPE según sus categorías anteriormente mencionadas. Un 6.8% reportó pensamiento mágico, un 4% reportó experiencias bizarras, un 2.5% reportó desviaciones perceptuales y un 0% reportó ideas persecutorias. En resumen, en comparación con Yung (2009), nuestra muestra reportó menos 'experiencias casi psicóticas'.

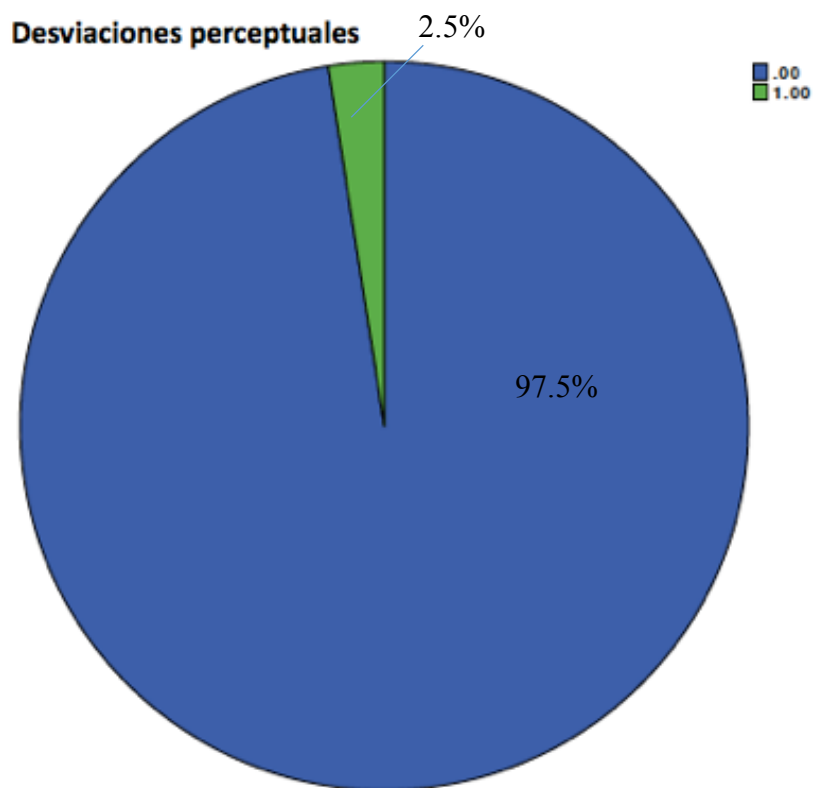
### 2.1.2 Prevalencia de Pensamiento Mágico



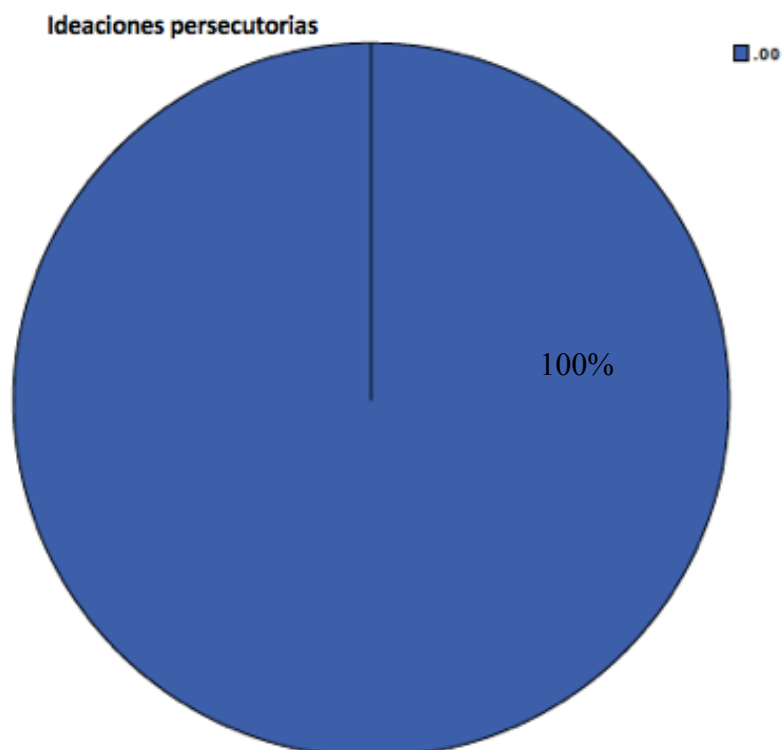
### 2.1.3 Prevalencia de Experiencias Bizarras



#### 2.1.4 Prevalencia de Desviaciones Perceptuales



#### 2.1.5 Prevalencia de Ideaciones Persecutorias





### **3. Resultados Inferenciales**

#### **3.1 Correlación entre Síntomas Somáticos y Experiencias Casi Psicóticas**

Se calculó el índice de correlación  $r$  de Pearson entre la sub-escala de síntomas somáticos del GHQ y el CAPE Total. Se encontró una  $r = 0.547$  con un nivel de significación  $p < 0.01$ .

#### **3.2 Correlación entre Ansiedad e Insomnio y Experiencias Casi Psicóticas**

Se calculó el índice de correlación  $r$  de Pearson entre la sub-escala de ansiedad e insomnio del GHQ y el CAPE Total y se encontró una  $r = 0.581$  con un nivel de significación  $p < 0.01$ .

#### **3.3 Correlación entre Disfunción Social y Experiencias Casi Psicóticas**

Se calculó el índice de correlación  $r$  de Pearson entre la sub-escala de disfunción social del GHQ y el CAPE Total y se encontró una  $r = 0.611$  con un nivel de significación  $p < 0.01$ .

#### **3.4 Correlación entre Depresión y Experiencias Casi Psicóticas**

Se calculó el índice de correlación  $r$  de Pearson entre la sub-escala de depresión del GHQ y el CAPE Total y se encontró una  $r = 0.626$  con un nivel de significación  $p < 0.01$ .

### **3.5 Correlación entre Características Socio-demográficas y 'Experiencias Casi Psicóticas'**

Se calcularon  $r$  de Pearson para cada variable socio-demográfica con el CAPE Total. No hubo correlación significativa con el sexo ( $r = 0.070$ ), edad ( $r = -0.045$ ), estado civil ( $r = -0.089$ ), ni nivel de estudio ( $r = -0.049$ ). Sin embargo, el ingreso mensual sí está correlacionado significativamente con el CAPE Total ( $r = -.126$ ,  $p < 0.05$ ), es decir con la aparición de 'experiencias casi psicóticas'. A menor ingreso, mayor reporte de 'experiencias casi psicóticas'.

### **3.6 Tabla de Correlación de Características Socio-Demográficas con 'Experiencias Casi Psicóticas'**

<b>Variable</b>	<b>R de Pearson</b>
<b>Sexo</b>	0.070
<b>Edad</b>	-0.045
<b>Estado civil</b>	-0.089
<b>Nivel de Estudio</b>	-.0.049
<b>Ingreso Mensual</b>	-.126*

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

El presente estudio fue desarrollado entre los meses de septiembre 2017 y junio 2018. Se evaluaron 324 jóvenes adultos en Panamá, con los requisitos de que fueran de nacionalidad panameña, residentes de Panamá y que tuvieran una edad entre los 18 y 30 años.

Es posible afirmar que se cumplieron con los objetivos establecidos en esta investigación. El análisis de los resultados nos permite extraer conclusiones dirigidas hacia los profesionales de la salud mental con el objetivo de que puedan reconocer ciertos síntomas y características que se presenten en sus pacientes y cómo estos pueden llegar a desencadenar o desarrollar una posible psicosis.

## **1. CONCLUSIONES**

- Las “experiencias casi psicóticas” están relacionadas con la salud mental actual de la persona y dependiendo de los síntomas que presente, lo llevará a un posible desencadenamiento.
- La depresión es uno de los síntomas que mayormente debemos tener en cuenta con la posibilidad de que se desencadene una psicosis.

- Según los resultados encontrados, los participantes con bajo ingreso mensual tienen mayor probabilidad de presentar “experiencias casi psicóticas”.
- Debería ser un factor de preocupación para el país, que aquellos que tienen un bajo ingreso mensual son la población que se encuentra en riesgo.
- No hubo correlación significativa de las “experiencias casi psicóticas” con el sexo, edad, nivel de estudio ni estado civil de los participantes.
- Encontramos que las variables dentro de la prueba GHQ de salud mental, siendo estas, síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión se correlacionan significativamente con la aparición de “experiencias casi psicóticas”, siendo la depresión la variable con el nivel más alto de correlación, seguido por la disfunción social, ansiedad e insomnio y por último, los síntomas somáticos.
- Dentro de los participantes que contestaron positivamente en la prueba de experiencias psicóticas, CAPE, se encontró

que la mayoría presentaban un alto nivel de pensamiento mágico.

- En comparación con el estudio realizado por Yung en el 2009 en Australia, en Panamá nos encontramos por debajo de la media esperada, lo cual indica que un gran porcentaje de la población no suele pasar por experiencias casi psicóticas.
- Dentro de las variables de las experiencias casi psicóticas, las experiencias bizarras, anormalidades perceptuales y las ideaciones persecutorias se encontraron altamente correlacionadas con la depresión.
- Tal como mencionan varios autores dentro de la revisión bibliográfica y según como se observó en el presente estudio, se debe siempre tomar en cuenta lo afectivo y emocional al hacer un posible diagnóstico de psicosis.

## 2. RECOMENDACIONES

- Son necesarios estudios de prevalencia y actualización de las estadísticas de salud mental en Panamá.
- Son necesarias investigaciones sobre la relación de la depresión y la psicosis en pacientes clínicos.
- También sugerimos explorar la relación entre dinámica familiar y "experiencias casi psicóticas".
- En universidades del país, al momento de la admisión, es posible colocar pruebas similares a las utilizadas en la presente investigación, para tener un mayor control sobre el estado de salud mental de los estudiantes.
- Futuros estudios deben enfocarse en participantes con un diagnóstico depresivo y un bajo ingreso mensual del hogar, debido a que estas fueron variables relacionadas significativamente con el reporte de "experiencias casi psicóticas".
- Para un mayor control de la muestra y sus criterios de inclusión/exclusión, las pruebas deben ser realizadas

personalmente (o en otras palabras, cara a cara) en vez de online.

- Es necesario que los profesionales en la salud mental estén atentos de los síntomas que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes para poder prevenir el desencadenamiento de una psicosis.
- Es crucial referir al posible paciente a las terapias de psicosis efectivas y de prevención basadas en evidencia.
- Si la población no clínica de adultos jóvenes está en posibilidad de presentar "experiencias casi psicóticas", es necesario que se hagan programas de prevención temprana sobre el tema en escuelas y universidades.



## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Armando, M., Nelson, B., Yung, A., Ross, M., Birchwood, M., Girardi, P. and Fiori, P. (2009). Psychotic-like experiences and correlation with distress and depressive symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *Schizophrenia Research*, 119 (1-3): 258-65. doi: 10.1016/j.schres.2010.03.001
- Baumgart, Amalia. *Lecciones introductorias de psicopatología*. Editorial Universitaria de Buenos Aires. Vol. 2. Buenos Aires, 2000.
- Barton, J., Kyle, S., Varese, F., Jones, S. and Haddock, G. (2018). Are sleep disturbances causally linked to the presence and severity of psychotic-like, dissociative and hypomanic experiences in non-clinical populations? A systematic review. *ELSEVIER*.
- Chaudhary, M., & Rabheru, K. (2009). Síntomas paranoides en pacientes ancianos. *RET*.
- Chemama, R. and Vandermersch, B. (2004). *Diccionario del Psicoanálisis*. España: Amorrortu Editores.
- Dennis Cardoze, and María Silvia Amaya. *Texto Básico de Psiquiatría Pediátrica*. Editorial Universitaria. Panamá, 2005.

- Ferrari, Hector. *Salud Mental En Medicina*. Argentina: Editorial y Distribuidora, 2008.
- Figueroba, A. (2018). Pensamiento mágico: causas, funciones y ejemplos.
- Fonseca, E., Paino, M., Lemos, S., & Muñoz, J. (2012). *Validación de la Escala para la Evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas-42 (CAPE-42) en universitarios y pacientes con psicosis*. España.
- Galindo, O., Meneses, A., Herrera, A., Cabrera, P., Suchil, L., & Aguilar, J. (2017). Propiedades psicométricas del Cuestionario General de Salud de Goldberg –GHQ-28– en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. *México*.
- Goldberg, D. and Hillier, V. (2017). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9 (1):139-45.
- Guirao, M., & Pomes, M. (2010). Trastornos de la percepción. Retrieved from <http://psicoterapeutas.eu/trastornos-de-la-percepcion/>
- Guzmán Artiach, Geiser, Ma Isabel del Cura González, Ma Jesús de la Puente, Julio Fernández Mendoza, Ana García Laborda, Alicia González Avia, Pedro José González Gil, Susana Martín Iglesias, Pablo Pascual, Ma Teresa Rubio Moral, Violeta Suárez Blázquez, Antonio Vela Bueno,. (2009).

- Guía Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria . Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación .
- Hernandez, V. (2008). *Las psicosis*. Primera Edición. Buenos Aires: Paidós.
- Jongsma, Arthur, and Mark Peterson. *The Complete Adult Psychotherapy*. 4th ed. New Jersey: John Wiley and Sons, INC., 2006.
- Nasio, Juan David. *Los Más Famosos Casos de Psicosis*. Paidós. Vol. 1. Buenos Aires, 2002.
- Martindale, B., Bateman, A., Crowe, M. and Marginson, F. (2009). *Las psicosis*. Primera Edición. España: Herder.
- Ministerio de Salud Panamá. (2013). *Situación de Salud en Panamá*.
- Mossaheb N, E. et al., (2017). The Community Assessment of Psychic Experience. (CAPE). *Schizophrenia Research*, 141, (2-3), 210-214.
- Papalia, Diane, and Ruth Feldman. *Desarrollo Humano*. 12th ed. Meixco: McGraw Hill Education, n.d.
- Parra, A. (2010). Experiencias perceptuales inusuales, experiencias anómalo/paranormales y propensión a la esquizotipia. *Redalyc.Org*.
- Perez, Julian. *Disfunción*. Buenos Aires (2017).

- Roca, M. (2010). *Trastornos Psicoticos*. Primera Edición. España: Lexus.
- Sánchez, M. (2014). *Teoría de la mente y esquizofrenia: aspectos conceptuales y evolutivos*. *Scielo*.
- Valencia Collazos, Marcelo. "Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007." *Salud Mental* 30, no. 2 (2007).
- Vicente, Benjamin, Robert Kohn, Pedro Rioseco, Sandra Saldivia, Christine Baker, and Silverio Torres. "Population Prevalence of Psychiatric Disorders in Chile: 6-Month and 1-Month Rates." *The British Journal of Psychiatry* 184, no. 4 (April 1, 2004): 299–305. doi:10.1192/bjp.184.4.299.
- World Health Organization. (2017). *Schizophrenia*. United States of America.
- Yung, A., Buckby, J., Cotton, S., Cosgrave, E., Killackey, E., Stanford, C., Godfrey, K. and McGorry, P. (2005). Psychotic-Like Experiences in Nonpsychotic Help-Seekers: Associations With Distress, Depression, and Disability. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (2), 352-9.
- Yung, A., Nelson, B., Baker, K., Buckby, J., Baksheev, G. and Cosgrave, E. (2009). Psychotic-like experiences in a community sample of adolescents: implications for the continuum model of psychosis and prediction of

schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, (2), 118-28. doi: 10.1080/00048670802607188.

**APÉNDICE NÚM. 1**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA LA ANTIGUA****FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**

Versión 1.1. (9 de Enero de 2018)

*“Experiencias de síntomas casi psicóticos en una muestra no  
clínica en Panamá”*

Si aceptas participar en este estudio, por favor completa y firma este formulario.

1. Confirmando que he recibido suficiente información sobre este estudio y que he tenido oportunidad para pensar sobre dicha información, hacer preguntas y recibir respuestas de manera satisfactoria.
2. Entiendo que mi participación en este estudio es voluntaria.
3. Entiendo que mi participación no será remunerada
4. Entiendo que mis datos serán conservados de manera confidencial




Acepto participar en el presente estudio.

Nombre del  
Participante

Fecha

Firma

---

---

---

Nombre del  
Investigador

Fecha

Firma

---

---

---

**PRUEBA NÚM. 1****Community Assessment of Psychotic Experiences (CAPE)****C.A.P.E.**

*Este cuestionario se ha diseñado para evaluar las creencias y experiencias mentales vívidas. Nosotros creemos que estas, son mucho más comunes de lo que previamente se ha creído, y que mucha gente ha tenido tales experiencias durante sus vidas. Por favor conteste a estas preguntas lo más sinceramente que pueda. No hay respuestas correctas e incorrectas, y no hay preguntas con truco.*

**Por favor, no nos interesan las experiencias que pueda haber tenido bajo el efecto de las drogas o el alcohol.**

**ES IMPORTANTE QUE RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS**

*En las preguntas que usted responda "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre" nosotros estamos interesados en como son de molestas esas creencias o experiencias. De tal manera elija una de las alternativas que mejor describa el grado de molestia de esa creencia.*

**Todas sus respuestas serán CONFIDENCIALES.**

**Sexo:** (0) Hombre (1) Mujer

**Edad:** .....

**Fecha:** .....

**¿Es creyente?:**

(0) No, soy ateo

(2) Sí, pero no practicante

(1) No, soy agnóstico

(3) Sí y practicante.

**Religión que profesa:**

.....

....

**Profesión:**

.....

**Ejemplos:**

**1. ¿Alguna vez siente como si la gente se fijara en usted?**

**Nunca**  
1

**Algunas veces**  
2

**A menudo**  
3

**Casi siempre**  
4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 2

- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1

Me molesta un poco 2

Es bastante molesto 3

Me molesta mucho 4

## 2. ¿Alguna vez siente como si pudiera leer los pensamientos de otras personas?

Nunca  1 Algunas veces  2 A menudo  3 Casi siempre  4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta siguiente
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada  1 Me molesta un poco  2 Es bastante molesto  3 Me molesta mucho  4

Fin del ejemplo

## 1. ¿Alguna vez se siente triste?

Nunca  1 Algunas veces  2 A menudo  3 Casi siempre  4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 2
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada  1 Me molesta un poco  2 Es bastante molesto  3 Me molesta mucho  4

## 2. ¿Alguna vez siente como si la gente le tirase indirectas o le dijera cosas con doble sentido?

Nunca  1 Algunas veces  2 A menudo  3 Casi siempre  4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 3
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada  1 Me molesta un poco  2 Es bastante molesto  3 Me molesta mucho  4

## 3. ¿Alguna vez siente que no es una persona muy animada?

Nunca  1 Algunas veces  2 A menudo  3 Casi siempre  4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 4
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada  1 Me molesta un poco  2 Es bastante molesto  3 Me molesta mucho  4

## 4. ¿Alguna vez siente que no participa en las conversaciones cuando está charlando con otras personas?

Nunca  1 Algunas veces  2 A menudo  3 Casi siempre  4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 5
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

**5. ¿Alguna vez siente como si alguna noticia de la prensa, radio o televisión se refiriese o estuviese especialmente dirigida a Ud.?**

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 6
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

**6. ¿Alguna vez siente como si alguna gente no es lo que parece?**

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 7
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

**7. ¿Alguna vez siente como si le estuvieran persiguiendo de alguna forma?**

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 8
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

**8. ¿Alguna vez siente que experimenta pocas o ninguna emoción ante situaciones importantes?**

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 9
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

**9. ¿Alguna vez se siente totalmente pesimista?**

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 10
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

### 10. ¿Alguna vez siente como si hubiera un complot contra Ud.?

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 11
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

### 11. ¿Alguna vez siente como si su destino fuera ser alguien muy importante?

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 12
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

### 12. ¿Alguna vez siente como si no tuviera ningún futuro?

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 13
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

### 13. ¿Alguna vez se siente como una persona muy especial o diferente?

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 14
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

### 14. ¿Alguna vez siente como si no quisiera vivir más?

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 15
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

**15. ¿Alguna vez piensa que la gente pueda comunicarse por telepatía?**

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 16
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

**16. ¿Alguna vez siente que no tiene interés en estar con otras personas?**

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 17
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

**17. ¿Alguna vez siente como si los aparatos eléctricos pudiesen influir en su forma de pensar?**

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 18
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

**18. ¿Alguna vez siente que le falta motivación para realizar las cosas?**

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 19
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

**19. ¿Alguna vez llora por nada?**

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 20
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

## 20. ¿Cree en el poder de la brujería, de la magia o de otros parecidos?

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 21
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

## 21. ¿Alguna vez siente que le falta energía?

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 22
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

## 22. ¿Alguna vez siente que la gente le mira de forma extraña por su apariencia?

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 23
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

## 23. ¿Alguna vez siente que su mente está vacía?

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 24
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

## 24. ¿Alguna vez ha sentido como si le estuvieran sacando los pensamientos de su cabeza?

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 25
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

---

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

---



---

**25. ¿Alguna vez siente que se pasa los días sin hacer nada?**

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 26
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

---

**26. ¿Alguna vez siente que sus pensamientos no le pertenecen?**

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 27
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

---

**27. ¿Alguna vez siente que sus sentimientos son poco intensos?**

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 28
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

---

**28. ¿Alguna vez ha tenido pensamientos tan intensos que le preocupó que otras personas pudieran oírlos?**

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 29
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

---

**29. ¿Alguna vez siente que le falta espontaneidad?**

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

---



- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 30
  - Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)
- No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

**30. ¿Alguna vez siente como si sus pensamientos se repitieran en su mente como un eco?**

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 31
  - Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)
- No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

**31. ¿Alguna vez siente como si estuviera bajo el control de alguna fuerza o poder externo a Ud.?**

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 32
  - Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)
- No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

**32. ¿Alguna vez siente que sus emociones son poco intensas?**

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 33
  - Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)
- No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

**33. ¿Alguna vez oye voces cuando está solo?**

Nunca 1    Algunas veces 2    A menudo 3    Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 34
  - Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)
- No me molesta nada 1    Me molesta un poco 2    Es bastante molesto 3    Me molesta mucho 4

---



---

**34. ¿Alguna vez oye voces hablando entre ellas cuando está solo?**

Nunca  1    Algunas veces  2    A menudo  3    Casi siempre  4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 35
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada  1    Me molesta un poco  2    Es bastante molesto  3    Me molesta mucho  4

---



---

**35. ¿Alguna vez siente que está descuidando su apariencia o cuidado personal?**

Nunca  1    Algunas veces  2    A menudo  3    Casi siempre  4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 36
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada  1    Me molesta un poco  2    Es bastante molesto  3    Me molesta mucho  4

---



---

**36. ¿Alguna vez siente que no puede acabar las cosas?**

Nunca  1    Algunas veces  2    A menudo  3    Casi siempre  4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 37
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada  1    Me molesta un poco  2    Es bastante molesto  3    Me molesta mucho  4

---



---

**37. ¿Alguna vez siente que tiene pocos hobbies?**

Nunca  1    Algunas veces  2    A menudo  3    Casi siempre  4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 38
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada  1    Me molesta un poco  2    Es bastante molesto  3    Me molesta mucho  4

---



---

**38. ¿Alguna vez se siente culpable?**

Nunca  1    Algunas veces  2    A menudo  3    Casi siempre  4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 39
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada  1    Me molesta un poco  2    Es bastante molesto  3    Me molesta mucho  4

---



---

---



---

**39. ¿Alguna vez se siente como un fracasado?**

Nunca  1    Algunas veces  2    A menudo  3    Casi siempre  4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 40
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada  1    Me molesta un poco  2    Es bastante molesto  3    Me molesta mucho  4

---



---

**40. ¿Alguna vez se siente en tensión/bajo presión?**

Nunca  1    Algunas veces  2    A menudo  3    Casi siempre  4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 41
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada  1    Me molesta un poco  2    Es bastante molesto  3    Me molesta mucho  4

---



---

**41. ¿Alguna vez siente como si algún miembro de su familia, amigo o conocido ha sido suplantado por un doble?**

Nunca  1    Algunas veces  2    A menudo  3    Casi siempre  4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 42
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada  1    Me molesta un poco  2    Es bastante molesto  3    Me molesta mucho  4

---



---

**42. ¿Alguna vez ve cosas, personas o animales que otra gente no puede ver?**

Nunca  1    Algunas veces  2    A menudo  3    Casi siempre  4

- Si elige "nunca", ha finalizado el cuestionario.
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada  1    Me molesta un poco  2    Es bastante molesto  3    Me molesta mucho  4

---



---

**Muchas gracias por su colaboración**

## PRUEBA NÚM. 2

### General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

#### **Cuestionario de Salud General De Goldberg -GHQ28-**

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias.

#### **EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:**

A	B
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.

A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	B.7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.

C	D
C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
<input type="checkbox"/> Más activo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
<input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?
<input type="checkbox"/> Más satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual

C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
<input type="checkbox"/> Más útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual de útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, no
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Me parece que no
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, lo he pensado

**APÉNDICE NÚM. 2**

- Asesoría literaria
- Revisión y corrección de documentos

Profesor Ariel Barría Alvarado  
a\_barria23@hotmail.com, 6873-6095

---

Panamá, 24 de mayo de 2018

Señores  
Facultad de Ciencias Sociales  
Universidad Católica Santa María La Antigua  
Ciudad

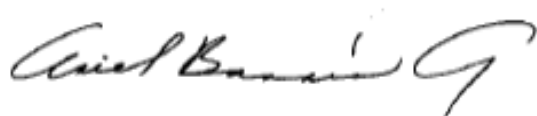
Respetados señores:

Por este medio dejo constancia de que he revisado la monografía titulada “EXPERIENCIAS CASI PSICÓTICAS EN UNA MUESTRA NO CLÍNICA EN PANAMÁ”, cuya autora es Rebeca Abouganem, estudiante de esta Universidad.

Al borrador entregado se le hicieron las correcciones ortográficas generales, pertinentes a este tipo de documentos.

Sin otro particular, quedo de ustedes,

Atentamente,



Ariel Barría Alvarado  
CIP 4-136-2661

---

*Licenciado en Humanidades, Profesor de Español; docente en las cátedras de Español, Semiótica y Redacción Creativa en la Universidad Católica Santa María La Antigua*



# UNIVERSIDAD DE PANAMA

LA FACULTAD DE

## Humanidades

EN VIRTUD DE LA POTESTAD QUE LE CONFIEREN LA LEY Y EL ESTATUTO UNIVERSITARIO,  
HACE CONSTAR QUE

*Eriel Barria Alvarado*

HA TERMINADO LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS  
QUE LE HACEN ACREEDOR AL TITULO DE

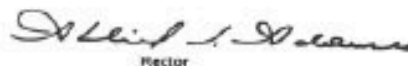
*Licenciado en Humanidades  
con Especialización en Español*

Y EN CONSECUENCIA, SE LE CONCEDE TAL GRADO CON TODOS LOS DERECHOS,  
HONORES Y PRIVILEGIOS RESPECTIVOS, EN TESTIMONIO DE LO CUAL SE LE EXPIDE  
ESTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE PANAMA A LOS *once*

DÍAS DEL MES DE *febrero* DE MIL NOVECIENTOS *ochenta y ocho*.

  
Secretaría General  
Diploma 21742  
Identificación Personal  
4-136-2661

  
Decano

  
Rector



# UNIVERSIDAD DE PANAMA

LA FACULTAD DE

## Educación

EN VIRTUD DE LA POTESTAD QUE LE CONFIEREN LA LEY Y EL ESTATUTO UNIVERSITARIO,  
HACE CONSTAR QUE


*Eriel Barria Alvarado*

HA TERMINADO LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS  
QUE LE HACEN ACREEDOR AL TITULO DE

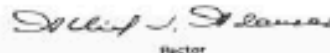
*Profesor de Segunda Enseñanza  
con Especialización en Español*

Y EN CONSECUENCIA, SE LE CONCEDE TAL GRADO CON TODOS LOS DERECHOS,  
HONORES Y PRIVILEGIOS RESPECTIVOS, EN TESTIMONIO DE LO CUAL SE LE EXPIDE  
ESTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE PANAMA A LOS *once*

DÍAS DEL MES DE *febrero* DE MIL NOVECIENTOS *ochenta y ocho*.

  
Secretaría General  
Diploma 21743

  
Decano

  
Rector

